

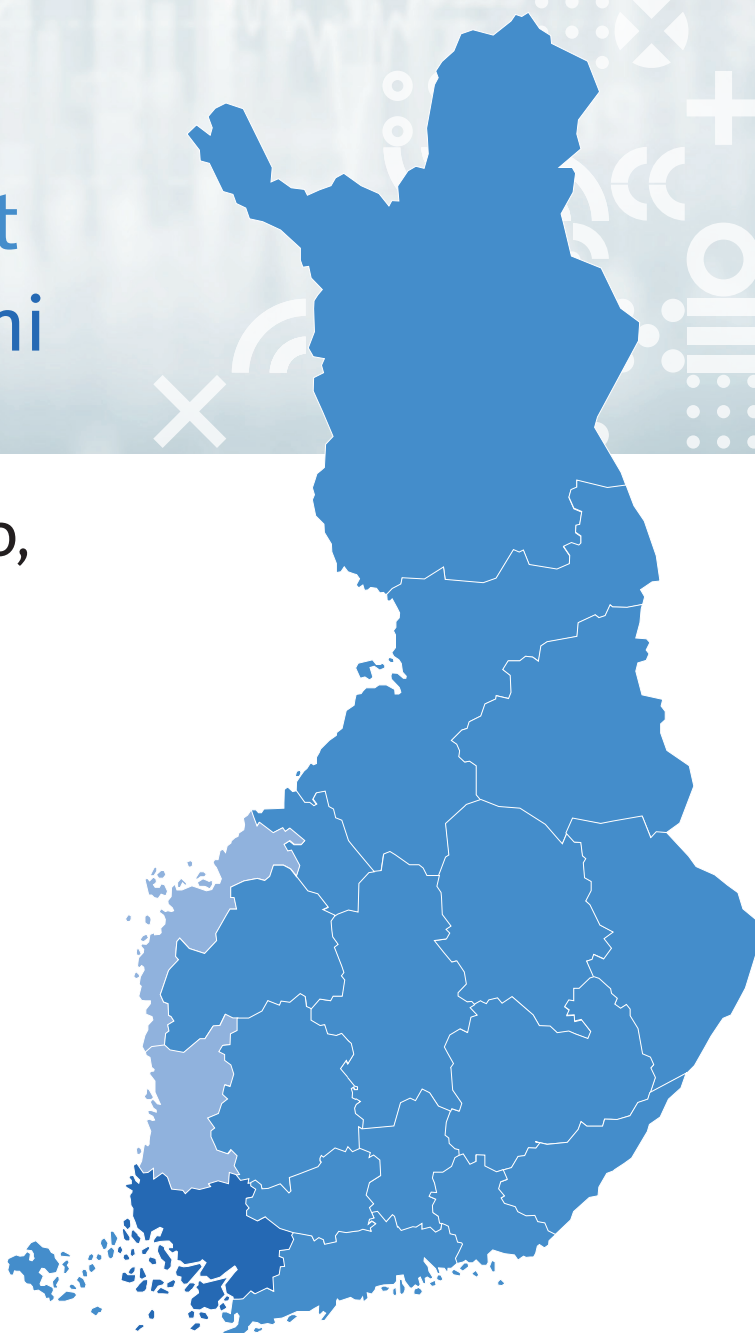
# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali-ja terveyspalvelut Varsinais-Suomi

### Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



## Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

### ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

### ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

### HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

*Pekka Rissanen*  
Arviointijohtaja

*Pia Maria Jonsson*  
Johtava asiantuntija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Sisällys

Toimeksianto ja toteutus .....	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset .....	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset .....	9
Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen .....	11
Ennaltaehkäisevät palvelut .....	12
Perusterveydenhuolto .....	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut .....	14
Erikoissairaanhoido .....	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut .....	17
Työikäisten sosiaalipalvelut .....	19
Vammaispalvelut .....	20
Ikäihmisten palvelut .....	21
Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus .....	23
Laatu ja vaikuttavuus .....	24
Asiakaslähtöisyys .....	25
Yhdenvertaisuus .....	26
Kansalliset lähteet .....	27
Alueelliset lähteet .....	27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

### Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)  
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)  
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)  
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)  
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

### Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;  
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;  
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;  
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;  
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;  
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;  
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

## Keskeiset havainnot

*Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.*

*Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.*

Varsinais-Suomen väestönkehitys on positiivista, mihin osaltaan vaikuttavat maahanmuutto sekä uusien työpaikkojen luoma muuttoliike. Väestöllinen huoltosuhde on valtakunnan keskitasoa ja taloudellinen huoltosuhde maan parhaimpia. VM:n laskelmien mukaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus vähenee sote-uudistuksen siirtymäajan jälkeen noin 103 euroa asukasta kohden. Se on maakunnallisessa vertailussa suurin vähennys koko maassa ja aiheuttanee laajoja sopeuttamistarpeita.

Maakunnan väestön terveydentila on yleisellä sairastavuuden mittarilla maan keskitasoa parempi. Toimeentulotukea sai vuoden aikana 5,8 prosenttia Varsinais-Suomen asukkaista (koko maassa 7,2 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset ovat maan alhaisimmat, 293 euroa asukasta kohden. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä on asukasta kohden suunnilleen saman verran kuin maassa keskimäärin; lääkärikäyntejä 3,8 prosenttia enemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 0,6 prosenttia vähemmän. Hoitotakuu toteutui melko hyvin.

Mielenterveyspalveluissa erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on asukaslukuun suhteutettuna runsaasti maan keskiarvoa enemmän, mutta perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä vähemmän. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä oli hieman maan keskiarvoa korkeampi 18–24-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä ja maan keskiarvoa alhaisempi 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat Varsinais-Suomessa maan keskitasoa, 1 141 euroa asukasta kohden, ja kustannusindeksi on 109,8. Maakunnan erikoissairaanhoito on tavallisten käyttöparametrien (hoitojaksot, hoitopäivät, hoitojaksojen kesto) valossa maan keskitasoa. Päivystyskäyntejä tehdään selvästi vähemmän kuin muualla, mutta kirjaustapa voi vaikuttaa lukemiin. Hoitotaksoista suhteellisen pieni osuus alkaa päivystyksenä. Terveyskeskuksen läheteellä tulee pienempi osuus potilaista kuin muualla ja yksityislääkärin läheteellä suurempi osuus. Tarkasteltujen laatumääreiden osalta maakunnan tulokset ovat hyvää keskitasoa.

Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 88,6 prosenttia. Tulos on erittäin matala, sillä rokotussarja oli aloitettu 98,7 prosentille lapsista. Lasten lakisääteiset laajat terveys-tarkastukset järjestetään Varsinais-Suomessa Someroa lukuun ottamatta riittävän laajasti. Lastensuojelun tarkastelussa palvelutarpeen arvioinneista 93 prosenttia oli valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui keskimääräistä heikommin.

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Varsinais-Suomessa vähän maan keskitasoa heikompi. Palvelurakenne painottuu jonkin verran tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidon. Säännöllisen kotihoidon kattavuus on maan keskitasoa. Asiakas saa Varsinais-Suomessa keskimäärin 12 kotikäyntiä viikossa, mikä on hiukan maan keskiarvoa vähemmän. Noin kahdella kolmesta kotihoidon asiakkaasta on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa (koko maassa 78 %:lla).

## Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

### Maakunnan alue ja sen väestö

Varsinais-Suomi on väkiluvultaan Uudenmaan ja Pirkanmaan jälkeen maan kolmanneksi suurin maakunta, ja siellä asuu lähes 480 000 asukasta. Maakunnassa on viisi seutukuntaa ja 27 kuntaa: Turun seutu (Turku, Naantali, Raisio, Masku, Nousiainen, Mynämäki, Rusko, Lieto, Kaarina, Paimio, Sauvo, yhteensä noin 325 000 asukasta), Salon seutu (Salo, Somero, noin 63 000 as.), Loimaan seutu (Loimaa, Oripää, Pöytyä, Aura, Marttila, Koski Tl, noin 35 000 as.), Vakka-Suomi (Uusikaupunki, Pyhäranta, Lai-tila, Vehmaa, Taivassalo, Kustavi, noin 31 000 as.) ja Turunmaa (Parainen, Kemiönsaari, noin 22 000 as.). Alueen kunnista Kemiönsaari, Parainen ja Turku ovat kaksikielisiä.

Kunnat kuuluvat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin, johon näiden lisäksi kuuluu Pirkanmaalla sijaitseva Punkalaidun. Tulevassa sote-palvelujärjestelmässä Varsinais-Suomi, Satakunta ja Pohjanmaa muodostavat yhteistyöalueen, jonka yliopistollista sairaalaa ylläpitää Varsinais-Suomen maakunta.

Alueen väestönkasvu on ollut suhteellisen voimakasta, mihin on osaltaan vaikuttanut maahanmuutto sekä uusien työpaikkojen luoma muuttoliike. Sotkanetissä julkaistun väestöennusteen mukaan asukaslukumäärä kasvaa vuoteen 2030 mennessä noin 494 400 henkeen. Tilastokeskuksen vastaavan ennusteen mukaan asukaslukumäärä olisi tuolloin 491 500 henkeä.

Varsinais-Suomen väestöstä 22,1 prosenttia on täyttänyt 65 vuotta. Väestöllinen huoltosuhde vuonna 2016 oli valtakunnan keskitasoa, 59,6, kun se koko maassa oli 59,1. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan huoltosuhde vuonna 2030 olisi Varsinais-Suomessa 69,5 ja koko maassa 69,2.

Noin 27 000 henkeä eli 5,7 prosenttia Varsinais-Suomen väestöstä puhuu äidinkielenään ruotsia, ja noin 30 000 henkeä puhuu muuta kieltä kuin suomea tai ruotsia. Yksi maakunnan erityispiirteitä on siihen kuuluvat saaristokunnat, joissa palvelujen maantieteellinen saavutettavuus ja kuntien asukasmäärien vaihtelu vuodenaikojen mukaan voivat olla palvelujen järjestämisen kannalta haastavia.

Varsinais-Suomen väestön koulutusaste on maakuntien keskitasoa korkeampi: korkea-asteen tutkinnon suorittaneita on 29,8 prosenttia (maakunnista 3.

eniten) ja vähintään toisen asteen tutkinnon suorittaneita on 71,1 prosenttia (maakunnista 8. eniten).

Maakunnan väestö on yleisellä sairastavuuden mittarilla mitattuna suhteellisen tervettä verrattuna muuhun maahan. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi, joka kuvaa alueen väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon, oli Varsinais-Suomessa vuonna 2014 Manner-Suomen maakunnista kolmanneksi matalin, 94,7, heti Uudenmaan (76,7) ja Pohjanmaan (87,5) jälkeen (kuvio 1).

Yhteensä 17 668 kotitaloutta sai vuonna 2016 toimeentulotukea Varsinais-Suomessa. Toimeentulotukea sai vuoden aikana 5,8 prosenttia Varsinais-Suomen asukkaista, kun vastaava osuus koko maassa oli 7,2 prosenttia.

### Alueellinen vauraus

Bruttokansantuote asukasta kohden oli vuonna 2015 Varsinais-Suomen maakunnassa 34 252 euroa, kun se koko maassa oli 38 248 euroa asukasta kohden. Taloudellinen huoltosuhde oli Manner-Suomen maakunnista kolmanneksi paras, 144, kun se kymmenen vuotta aiemmin oli ollut Manner-Suomen toiseksi paras, 125.

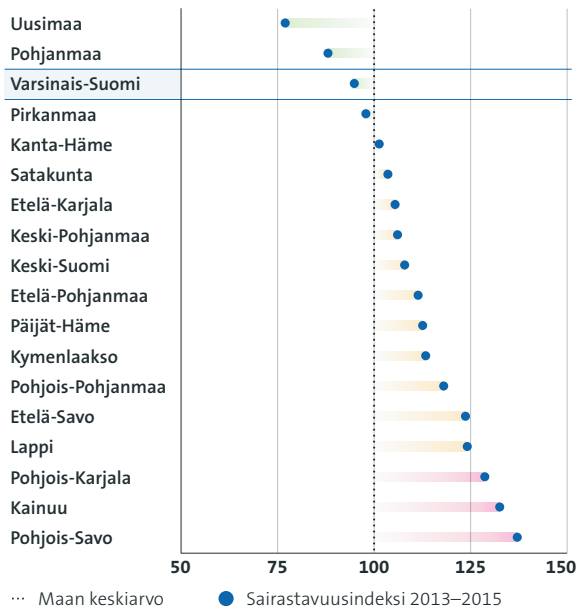
Työllisyysaste heinä-syyskuussa 2017 oli 71,5 prosenttia, mikä oli maakunnallisessa vertailussa maan neljänneksi korkein luku Pohjanmaan, Hämeen ja Uudenmaan jälkeen. Työllisyysasteen muutos vuosina 2016–2017 oli myös maan positiivisimpia, +2,0 prosenttia. Työttömyysaste oli joulukuussa 2017 Varsinais-Suomessa 11,0 prosenttia, mikä oli maakuntien vertailussa maan kuudenneksi matalin luku. Pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta oli jonkin verran maan keskiarvoa (3,5 %) korkeampi, 4,2 prosenttia. Pitkäaikaistyöttömyys on tavallisinta Salon seudulla (4,4 %) ja vähäisintä Vakka-Suomessa (1,7 %).

Suhteellisen myönteiseen talouskehitykseen Varsinais-Suomessa vaikuttavat erityisesti meri- ja autoteollisuuden nopea kasvu Turussa ja Uudessa-kaupungissa. Positiivinen rakennemuutos näkyy selvästi muuttoliikkeen kehityksessä, ja Vakka-Suomi on noussut lyhyessä ajassa muuttotappioalueesta merkittäväksi muuttovoittoalueeksi. On arvioitu, että työvoiman liikkuvuus ja alihankintaketjujen ulottuminen koko maakuntaan estävät hyötyjen kasautumista ja jakavat myönteistä työllisyyskehitystä laajemminkin alueellisesti.

Palveluelinkeinojen osuus maakunnan työpaikoista on korkea, 74 prosenttia, jalostusteollisuuden osuus on 23 prosenttia ja alkutuotannon osuus 3 prosenttia.

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



## Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

### Maakunnan organisoituminen

Varsinais-Suomen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleen organisoiminen on merkittävä haaste, sillä sote-palveluiden järjestäjäorganisaatioita on uudistuksen lähtötilanteessa yhteensä 31. Maakunnan valmistelua varten on nimetty yhteinen poliittinen ohjausryhmä, mutta päätöksenteko on edelleen kuntakeskeistä.

Maakuntahallitus asetti kesäkuussa 2017 väliaikaisen toimielimen vastaamaan maakuntien perustamiseen liittyvästä valmistelusta, kunnes maakuntavaltuusto on valittu ja maakuntahallitus on aloittanut toimintansa. Väliaikainen valmistelutoimielin aloittaa Varsinais-Suomessa, kun uudistusta koskevat lait ovat voimassa. Väliaikaisen valmistelutoimielimen työskentelyn on suunniteltu olevan hallitustyöskentelyn kaltaista. Varsinainen valmistelutyö tehdään väliaikaisen valmistelutoimielimen ohjauksessa sote- ja maakuntauudistuksen projektiorganisaatiossa, valmisteluorganisaation työryhmissä ja erikseen sovittavilla tavoilla ja vastuunjaolla yksittäisissä organisaatioissa. Väliaikainen valmistelutoimielin käy toimintansa aloituksen jälkeen vuoropuhelua poliittisen ohjausryhmän kanssa.

Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun virkamiesohjausvastuu on toistaiseksi johtavilla viranhaltijoilla. Lokakuussa 2017 nämä päättivät sote- ja maakuntavalmistelu yhdistämisestä sekä etenemisestä projektiorganisaation rekrytoinneissa. Rekrytoituidet henkilöt sijoittuvat Varsinais-Suomen liiton työntekijöiksi.

Uudistuksen sisältöä on valmisteltu sote-uudistuksen valmisteluorganisaation rinnalla ns. asiantuntijaryhmässä, joka on kantanut vastuun maakunnan sote-järjestämissuunnitelman laatimisesta. Sisällöllinen kehittämistyö on vuoden 2018 alusta lukien yhdistetty kokonaisuudessaan osaksi sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatiota. Uudistuksen valmistelussa on oma ruotsinkielinen jaosto, jonka kautta ruotsinkielisten palveluiden järjestämistä vietään eteenpäin.

Alustavan palvelustrategian ja palvelulupauksen muotoilu on sote-palvelujen järjestämisen työryhmän työstänyt. Sote-konsernirakenteen ja liikelaitosten linjauksista on tavoitteena tehdä päätöksiä keuhällä 2018. Valmistelutyö on tältä osin käynnissä.

Monituottajamallin mahdollistamiseksi sääntö- ja ohjekirjojen laadinta aloitettiin syksyllä 2017 sote-projektiorganisaatiossa ja sote-palvelujen järjestämisen työryhmässä. Työtä on priorisoitu lainsäädännön aikataulua silmällä pitäen, ja valmistelussa on ensin otettu huomioon maakunnalliset pilottikokeilut. Myöhemmin on tarkoituksena kehittää sopimusohjat tulevan valinnanvapauslainsäädännön mukaisesti. Tuottajien korvauksiin sisältyvien kapitaatiopohjaisten osuuksien taso on suunniteltu määriteltäväksi kevään 2018 aikana.

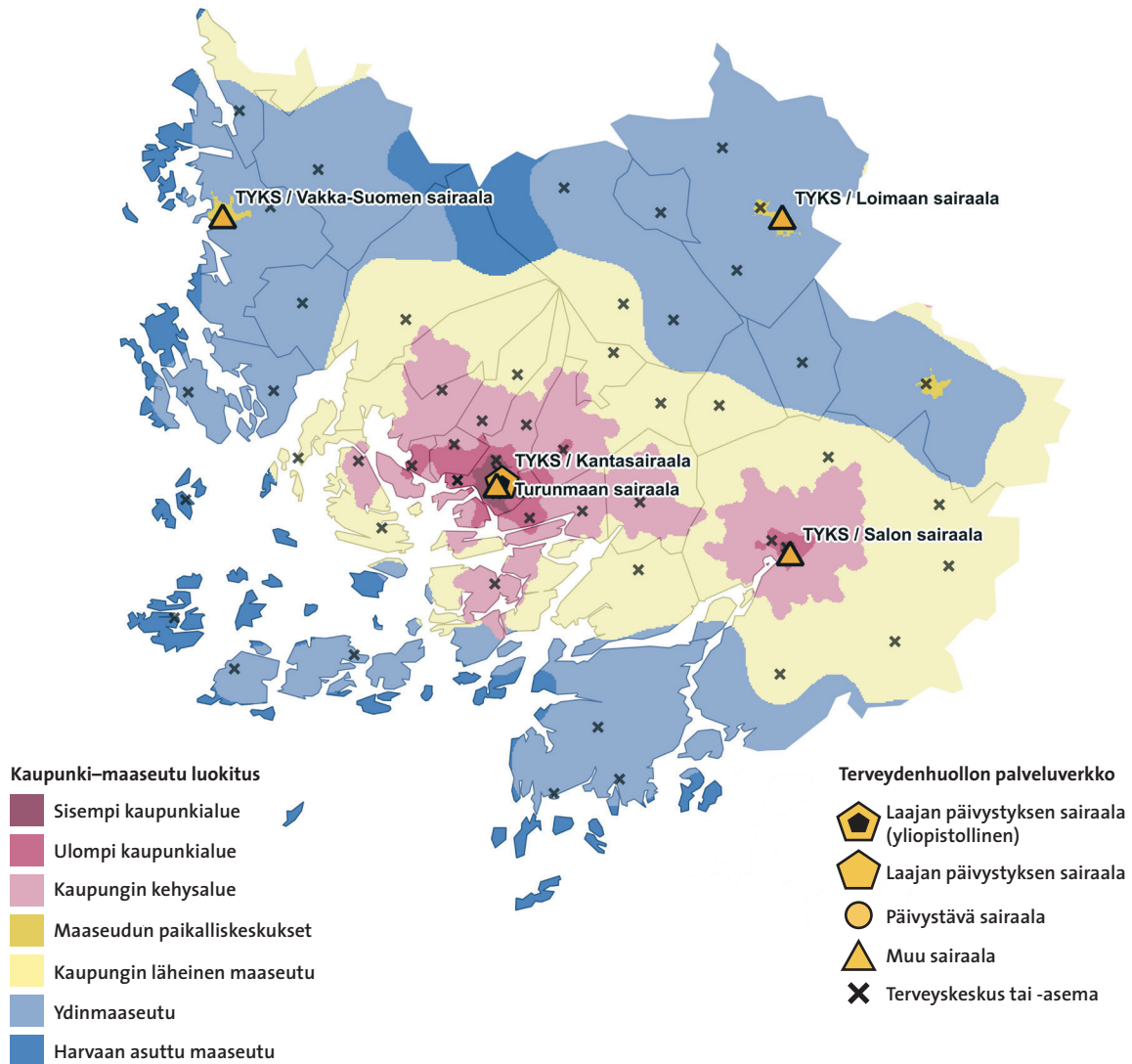
Hallituksen kärkihankkeista ”I&O – Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” -hankkeessa pyritään kehittämään ikäikille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. Kärkihankke rahoittaa useita kokeiluhankkeita, joista yksi on Varsinais-Suomen KomPassi-hanke, jota hallinnoi Turun kaupunki. Mukana hankkeessa ovat kaikki Varsinais-Suomen kunnat.

Lapsi- ja perhepalveluiden (LAPE) muutosohjelmaa toteutetaan Lupa auttaa! -hankkeen kautta. Raision kaupunki hallinnoi hanketta, ja sitä toteutetaan kumppanuudessa mm. alueen kuntien, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja maakunnan alueella toimivien järjestöjen ja osaamiskeskusten kanssa. Päättävöitteenä on luoda nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, vaikuttavat, kustannustehokkaat ja paremmin yhteen sovitut palvelut. Peruspalveluita vahvistetaan ja painopistettä pyritään siirtämään ehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen tukeen.



Kuvio 2

Varsinais-Suomen maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu-luokitus (SYKE)



## Taloudelliset edellytykset

Varsinais-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 102 euroa asukasta kohti. Tämä oli 2 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin hieman keskimääräistä pienempi (tarvekerroin 0,99), minkä vuoksi tarvevakioituidut menot olivat 3 prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioituidut menot olivat 2 prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tarvevakioituiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon meno-

Valtiovarainministeriön laskelman (18.5.2017) mukaan Varsinais-Suomen maakunnan sosiaali- ja terveystoimen, pelastustoimen ja ympäristöterveydenhuollon rahoituksen taso vuonna 2017 oli 3 264 euroa asukasta kohden ja rahoitus vähenee viiden vuoden siirtymäkauden kuluessa merkittävästi. Vuoteen 2019 verrattuna vähennys on vuodesta 2024 alkaen noin 103 euroa asukasta kohden, mikä maakunnallisessa vertailussa olisi suurin vähennys koko maassa. Samalla

hin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioituidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioituidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

yhteistyöalueella Pohjanmaan vähennys olisi yhden euron asukasta kohden ja Satakunnan vähennys olisi maan neljänneksi suurin, 72 euroa asukasta kohden. Tätä taustaa vasten Varsinais-Suomen maakunnan haasteena ovat todennäköisesti uudistuksen alkuvaiheesta lähtien sote-toiminnan sopeuttamistarpeet.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimintakulut kasvoivat tammi–elokuusta 2016 tammi–elokuuhun 2017 noin 0,4 prosenttia. Vastaava henkilöstökulujen muutos oli -1,8 prosenttia. Sairaanhoitopiiri varautuu tuleviin vuosiin peruskorjaamalla sairaaloihin ja rakentamalla uutta. Myös hoitolaitteita uusitaan nykyajan vaatimusten mukaisiksi. Investointeihin on varattu vuoden 2018 talousarviossa 43,3 miljoonaa euroa. Investointimenot eivät sisällä Tyksin T3-sairaalahanketta, joka toteutetaan rahoitusleasingin turvin ja johon arvioidaan kuluvan 27 miljoonaa euroa. Kalleimmat hoitolaitteinvestoinnit kohdistuvat uusiin kuvantamis- ja sädehoitolaitteisiin, jotka pääosin korvaavat elinkaarensa loppuun tulleet ja tulevia laitteita.

## Palveluverkko

Varsinais-Suomen palveluverkon pääpiirteitä on esitetty kuviossa 2. THL:n selvityksen (2017) mukaan maakunnan alueella toimi tuolloin 59 kunnallista ja yksi ulkoistettu terveysasema.

Erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa varten Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) omistaa ja ylläpitää kahdeksaa sairaalaa: Halikon sairaala, Turunmaan sairaala, Tyks kantasairaala, Tyks kirurginen sairaala, Tyks Loimaan sairaala, Tyks Salon sairaala, Tyks Vakka-Suomen sairaala ja Uudenkaupungin psykiatrinen sairaala. Tyksin laboratoriolle on noin 30 toimipaikkaa, ja asiakas voi itse päättää, missä hän käy antamassa näytteensä. Oman maakunnan asukkaiden lisäksi sairaanhoitopiiri huolehtii yliopistosairaalatasoisten palvelujen saatavuudesta Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä, jotka kuuluvat Tyksin erityisvastuualueeseen.

Terveys- ja sosiaalialan yksityisiä palveluyrityksiä on Suomessa TEM:n toimialaraportin (syksy 2017) mukaan eniten suurimmissa kasvukeskuksissa Uudellamaalla (6 189), Varsinais-Suomessa (1 797), Pirkanmaalla (1 750) ja Pohjois-Pohjanmaalla (1 474). Yritysten terveyspalveluissa oli Varsinais-Suomessa töissä 2 761 henkeä, mikä oli maan kolmanneksi korkein lukumäärä. Sosiaalihuollon avopalveluissa työntekijöitä oli 1 026, mikä on maan toiseksi korkein lukumäärä. Sosiaalihuollon laitospalvelujen liikevaihto oli maan kolmanneksi suurin.

Varsinais-Suomessa toteutetun palveluverkkoselvityksen (2017) mukaan yksityinen sote-palvelutarjonta

on keskittynyt suurimpiin kaupunkeihin, erityisesti Turkuun. Sosiaalipalvelujen tuottajia oli vuonna 2015 yhteensä 259, ja heitä toimi eniten vanhusten kotipalveluissa, muiden vammaisten kotipalveluissa sekä lasten ja nuorten muissa sosiaalipalveluissa. Terveyspalvelualalla yksityisiä tuottajia oli liki 600, joista noin 42 prosenttia tuotti avohuollon lääkäripalveluja ja kolmannes sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön palveluja. Myös yksityinen fysioterapeuttinen toiminta oli tavallista.

## Henkilöstöresurssit

Terveys- ja sosiaalipalvelujen työvoiman kokonaismäärä oli Varsinais-Suomessa vuonna 2015 noin 35 400 henkeä. Sote-uudistuksen yhteydessä kuntasektorilta maakuntiin siirtyvän sote-henkilöstön lukumääräksi on arvioitu noin 19 300 henkeä.

Vuoden 2017 syksyllä julkaistun ammattibarometrin mukaan Varsinais-Suomessa on aivan erityisesti pulaa hammaslääkäreistä, röntgenhoitajista, ylilääkäreistä, erikoislääkäreistä ja yleislääkäreistä. Terveystenhuollossa pulaa on myös lähihoitajista, sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista, sairaankuljetuksen ensihoitajista ja suuhygienisteistä. Sosiaalihuollossa pulaa on mm. sosiaalityön erityisasiantuntijoista.

Varsinais-Suomen alueella on runsaasti sosiaali- ja terveysalan koulutusta ja jatkokoulutusta tarjoavia oppilaitoksia. Turun ammattikorkeakoulu ja Yrkes-högskolan Novia ottivat vuonna 2017 vajaan 500 uutta opiskelijaa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan koulutuksiin. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta otti 145 uutta opiskelijaa ja vastaavasti hammaslääketieteellinen tiedekunta 40 opiskelijaa.

## ICT-ratkaisut

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat lähtötilanteessa moninaisia; yhteensä eri ICT-järjestelmiä on käytössä 581. Maakunnan projektiorganisaatio sekä ICT- ja sähköiset palvelut -työryhmä ovat valmistelleet esitystä maakunnan kokonaisarkkitehtuurista siltä osin kuin se on mahdollista tuntematta vielä tarkkaan tulevaa tuotanto-organisaatiota sekä valinnanvapaus- ja rekisterinpitäjä-malleja ja ennen maakuntaorganisaation perustamista.

Valmisteltavana on myös esitys ja toimeenpano tarvittavista ICT-hankinnoista ja muista toimenpiteistä, joilla ratkaisuarkkitehtuurin mukaiset välttämättömät ICT-kokonaisuudet pystytään järjestämään muutosvaiheessa. Samalla käynnistetään myös pidem-



män aikavälin toimenpiteitä, joilla mahdollistetaan asiakkuuksien ja palvelujen hallinta sekä maakunnan tietojohtaminen.

Varsinais-Suomi on mukana myös ODA-hankkeessa, jossa rakennetaan itse- ja omahoitoa tukeva kansallinen sähköinen palvelukokonaisuus. ODA-

hankkeessa on mukana 14 kuntaa, joiden joukossa on Turku, sekä kolme sairaanhoitopiiriä, joista yksi on Varsinais-Suomi. Palvelukokonaisuuden odotetaan valmistuvan ja olevan kaikkien kuntatoimijoiden käyttöönotettavissa ilman kilpailutusta vuonna 2018.

## Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset

### Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia

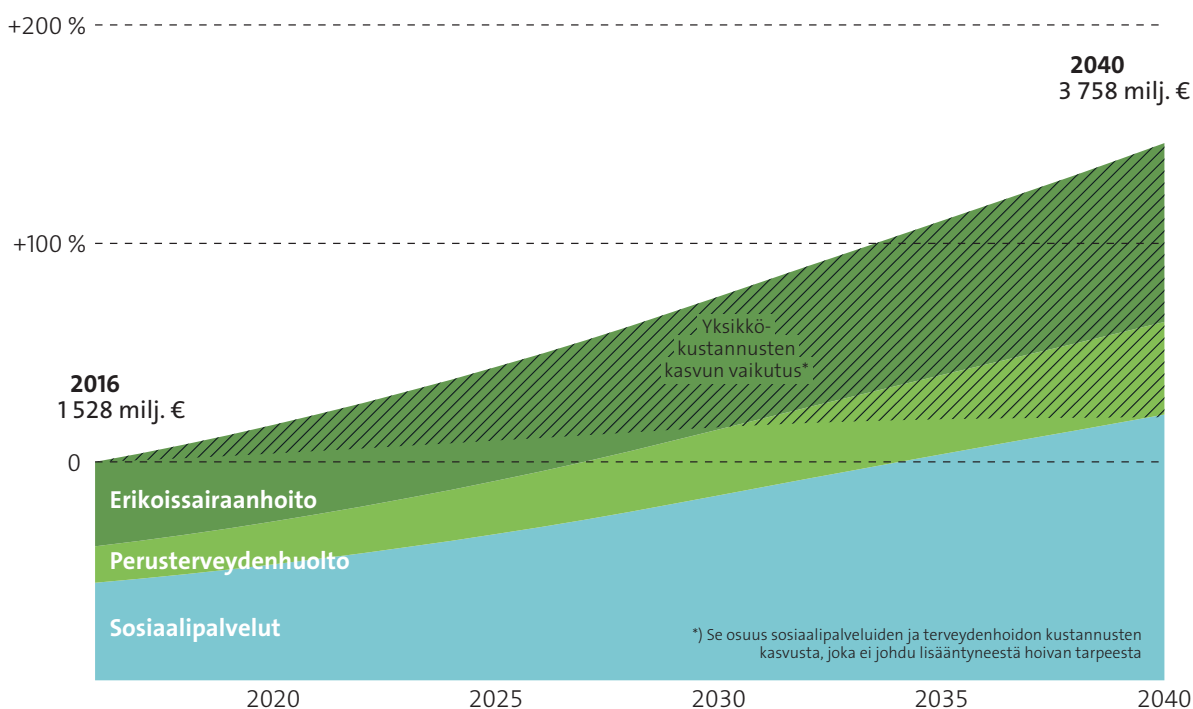
nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoito (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Varsinais-Suomessa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Varsinais-Suomen maakunnassa vuosina 2016–2040.



väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Varsinais-Suomessa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 76 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 146 prosentilla, mikä on hieman koko maan keskiarvoa vähemmän. Maakunnan väestö kasvaa vuosina 2016–2030 noin 4 prosentilla ja vuoteen 2040 mennessä kaikkiaan 5,2 prosentilla. Vanhusväestön määrä kasvaa runsaalla 35 prosentilla vuoteen 2030 mennessä ja noin 76 prosentilla vuoteen 2040 mennessä. Varsinais-Suomen vanhushuoltosuhteen ennustetaan siis heikkenevän hieman vähemmän kuin koko maassa keskimäärin, mikä hidastaa kustannusten kasvua koko maahan verrattuna.

### Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla<sup>1</sup>, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin<sup>2</sup>. Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella<sup>3</sup>, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

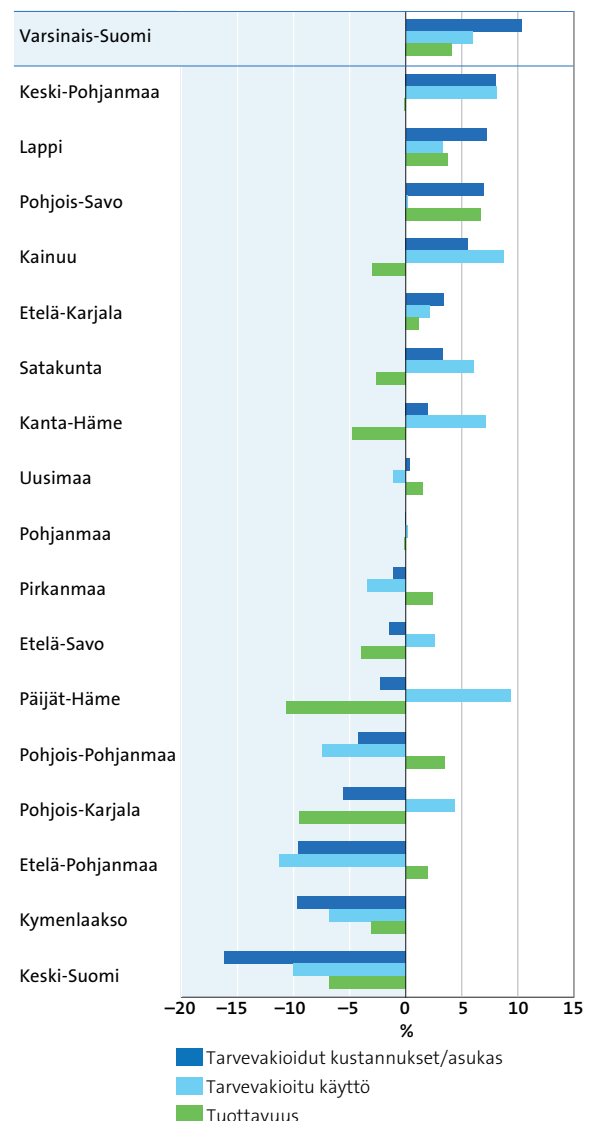
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimää-

raistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä prosenttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Varsinais-Suomessa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli prosentin maan keskitasoa matalampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat kymmenen prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kuusi prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

**Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.**



<sup>1</sup> Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

<sup>2</sup> Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

<sup>3</sup> Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa hyvin syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä. Vielä ei ole kuitenkaan tiedossa, tuleeko HYTE-toiminta osaksi keskushallintoa ja nimitetäänkö maakuntaan HYTE-koordinaattori.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Varsinais-Suomen kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoite-tason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Seitsemässätoista alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kymmenessä kunnassa on joko oma (9) tai useamman kunnan yhteinen (1) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle seitsemässä kunnassa. Kolmessa kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi neljatoista alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 37 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvulla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 6,1 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 8,4 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus

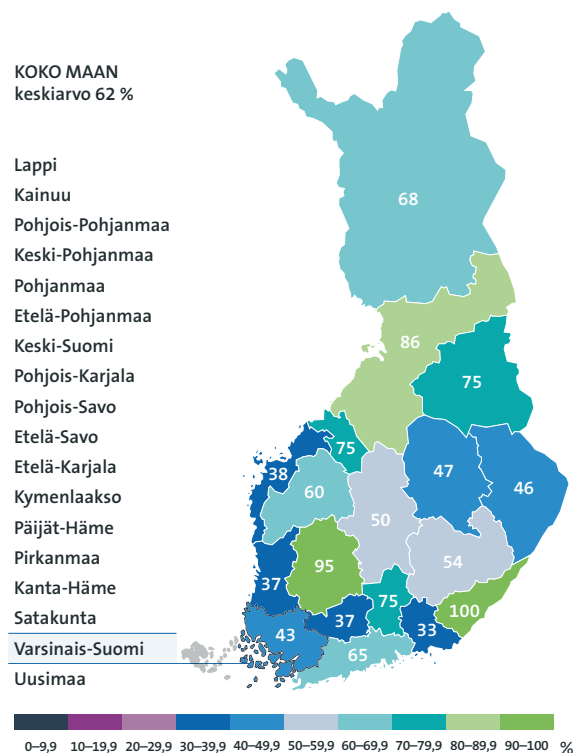
maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on 12 prosenttia asutokannasta, mikä vastaa maakuntien keskiarvoa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 17,8 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 12,7 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 15,9 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 34,7 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunta on kuuden kärkisijaa pitävän maakunnan joukossa (281 tapausta / 100 000 asukasta), joka on yli kansallisen keskiarvon (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen

toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa. Ainoastaan klamydiainfektioiden määrä ylittää selvästi kansallisen keskiarvon; se on toiseksi korkeinta. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella varsin hyvällä pohjalla. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnaassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen sekä HYTE-rakenteiden ja käytäntöjen kehittämiseen, kuten ennakkoarviointimenetelmien käyttöönottoon.

## Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveys-tarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamin tunnusluvuin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden

ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata vähemmän. Vuonna 2017 on tehty yhdeksän kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia yhdelle prosentille työttömistä, mikä on vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 34,4 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 642 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallisesta työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

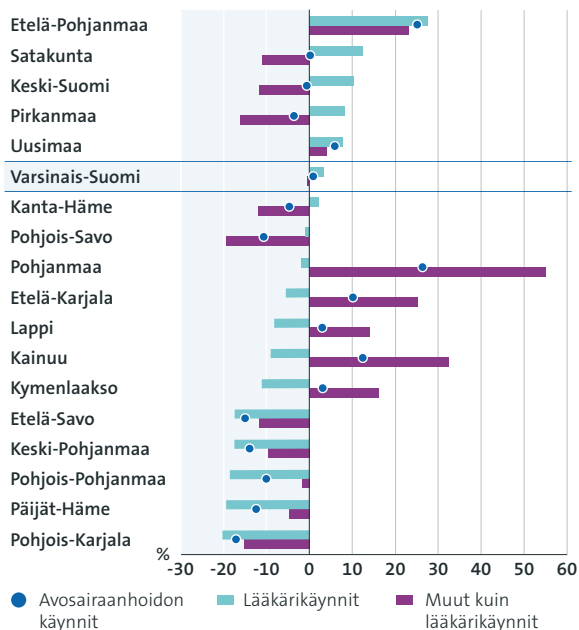
Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 4 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se enemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 4,8 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on sama kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).



## Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

**Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit**



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Varsinais-Suomen alueella 1,9 asukasta kohden, mikä on 1,5 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 3,8 prosenttia enemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 0,6 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista vain 36 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 1,6 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 27 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskus-

lääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista 34 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa, toiseksi eniten koko maassa (28 %, vaihteluväli 19–34 %). 47 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 65 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä vain 25 prosenttia.

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Varsinais-Suomen alueella 3,9 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 12 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,06 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Varsinais-Suomen alueella osuus oli 25 prosenttia, mikä on lähes sama kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 139 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 293 euroa, vähiten koko maassa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä lähes saman verran kuin maassa keskimäärin; lääkärikäyntejä oli hieman enemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä hieman vähemmän. Terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittämättömästi 27 prosenttia, mutta asiakkaista 34 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa, mikä on eniten koko maassa. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 36 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin. Hoitotakuu toteutui melko hyvin.

## Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihhteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihhteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Varsinais-Suomen alueella mielenterveyshäiriöitä sairastavien osuus aikuisväestöstä on hieman maan keskiarvoa alhaisempi. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,6 % väestöstä (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25 – 64-vuotiaiden osuus on 3,4 % (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus aikuisväestöstä on hieman maan keskiarvoa alhaisempi. Psykykkisesti kuormittuneiden osuus on lähellä maan keskiarvoa.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö on alueella asukasluvuun suhteutettuna hieman maan keskiarvoa korkeampi. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 532 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Varsinais-Suomessa erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 431 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 82 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on hieman maan keskiarvoa korkeampi 18–24-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä ja maan keskiarvoa alhaisempi 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä on Varsinais-Suomen maakunnassa 1 000 vastaavanikäistä kohden hieman koko maan keskiarvoa

enemmän. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitajaksojen aikana on lähellä maan keskitasoa. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus vastaa maan keskitasoa.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaiden väestöön suhteutettu osuus on maan keskiarvoa korkeampi ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa ja alhaisempi ei-ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa Varsinais-Suomen maakunnassa saadaan hieman muuta maata enemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 11 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 9,4 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä alueella on selvästi maan keskiarvoa enemmän. Siten yksityisten psykoterapia- ja psykiatripalvelujen saatavuus on muuta maata parempi.

Kokonaisuutena mielenterveysongelmien esiintyvyys alueella on hieman muuta maata vähäisempää ja mielenterveyspalvelujen saatavuus vaikuttaa riittävältä. Tahdosta riippumattoman hoidon osuus on muuta maata suurempi, vaikka vakavien mielenterveysongelmien esiintyvyys on hieman maan keskitasoa vähäisempää. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan vähentää avohoitoa tehostamalla ja monipuolistamalla ja hoidon integraatiota parantamalla sekä sairaalahoidon käytäntöihin vaikuttamalla. Kuntoutuskotiasumisessa painottuu muuta maata enemmän ympärivuorokautisesti tuettu asuminen.

Varsinais-Suomen alueen väestöstä päivittäin tupakoivia on 16,3 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä 33,7 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 5,0 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 21,3 (kuin koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata vähemmän avopalveluissa lukuun ottamatta erikoissairaanhoitoa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on selvästi vähemmän potilaita (3,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Myös päihdehuollon avohoidon asiakasmäärät (6,3/1000 asukasta) ovat matalampia kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihhteiden vuoksi hieman enemmän potilaita (6,0/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Päihdeongelmaisten ympärivuorokautinen hoito painottuu päihdehuollon erityispalveluihin. Päihhteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähemmän potilaita (1,9/1000 asukasta)

kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on sen sijaan hieman enemmän asiakkaita (2,7/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (2,4). Päihdehuollon asumispalveluiden asiakasmäärät (1,2/1000 asukasta) ovat koko maan tasolla (1,1).

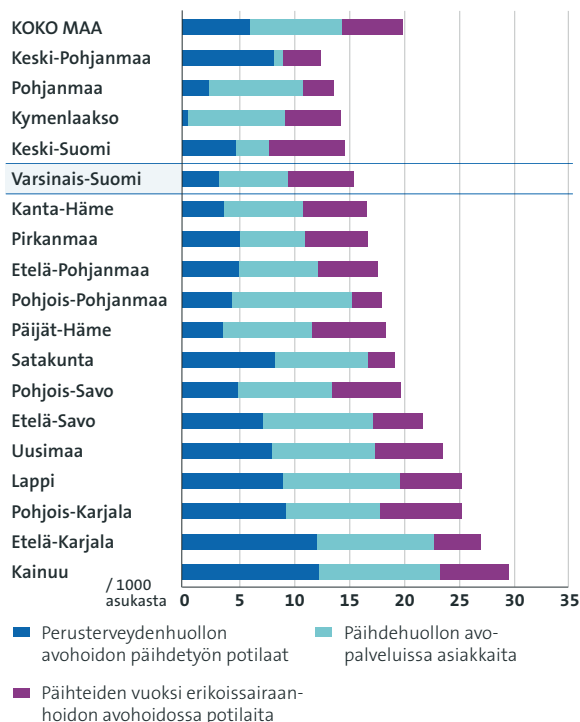
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) saman verran (3 268/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty useammassa alueen kunnassa (59,3 %) kuin keskimäärin koko maassa (44,1 %). Varsinais-Suomen alueen kunnissa yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on enemmän (11,1 %) oppilaita kuin maassa keskimäärin (10,2 %).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päihteiden käyttö on maan keskitasoa lukuun ottamatta hieman yleisempää kannabiksen käyttöä. Alueella käytetään vähemmän päihdeongelmallisille suunnattuja avohoidon palveluita kuin maassa keskimäärin lukuun ottamatta erikoissairaanhoidtoa. Ympäri vuorokautisena hoitona käytetään päihdehuollon erityispalveluja hieman enemmän kuin maassa keskimäärin. Ehkäisevän päihdetyön koordinaatiota mahdollistavia kunnallisia toimielimiä on keskimääräistä enemmän. Nuorten humalajuomisen sekä aikuisten kannabiksen käytön muuta maata hieman korkeampi taso on huomioitava ehkäisevässä päihdetyössä.

Kuvio 7

**Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön**



## Erikoissairaanhoido

Varsinais-Suomen väestön sairastavuus on arvioitu indikaattoreista yli keskitason ainoastaan syöpäindeksin osalta (108,8) ja kansantautien indeksi on maan matalin.

Turun yliopistolliseen keskussairaalaan kuuluvat vuodesta 2015 lähtien Loimaan sairaala, TYKS Kanta-sairaalan eri sairaalat, TYKS Kirurginen sairaala, Salon sairaala, Vakka-Suomen sairaala (Uusikaupunki) ja Turunmaan sairaala. Lisäksi Turun terveyskeskuskella on erikoissairaanhoidon toimintaa kaupunginsairaalaissa. Maakunnan erikoissairaanhoido on kaikkien käyttöparametrien valossa maan keskitasoa: hoitojaksoja on 177 / 1000 asukasta (koko maa 189), hoitopäiviä on 602 / 1000 asukasta (koko maa 606), hoitojakson kesto on 3,5 vuorokautta (koko maa 3,3) ja avohoitokäyntejä tehdään keskitason verran (1,56 käyntiä asukasta kohti, koko maa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 106,5. Toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä (87,7 / 1000 asukasta, koko maa 78,3) kuuluu maan suurimpiin ja päiväkirurgisten potilaiden osuus kaikista toimenpiteellisistä potilaista on keskitasoa eli 53,1 % (koko maa 50,8 %). Päivystysleikkausten osuus (24 %) on myös keskitasoa (23,4 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 4180, näistä sektioita oli 16,9 % (koko maa 16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (4,21 / 1000 asukasta) tehdään vähemmän kuin maassa keskimäärin, mutta pallolaajennuksia tehdään keskimääräisesti (2,21 / 1000 asukasta) (koko maan vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8).

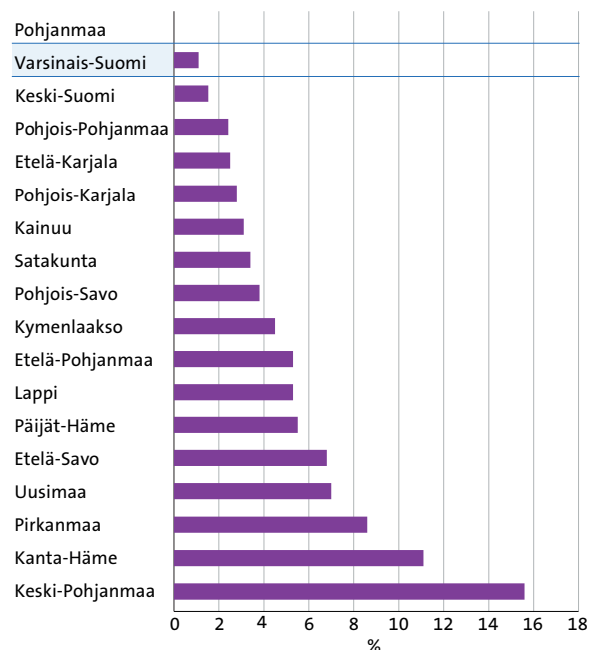
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Varsinais-Suomessa päivystyskäyntejä tehdään selvästi vähemmän kuin muualla (45 / 1000 asukasta, koko maa 185), mutta akuuttilääketieteen erikoisan myötä tullut uusi kirjaustapa voi vaikuttaa lukemiin. Hoitojaksot alkavat melko vähän päivystyksenä (36,6 %, koko maa 47 %). Terveyskeskuksen läheteellä tulee pienempi osuus potilaista kuin muualla (20,7 %, koko maa 37,5 %), mutta sen sijaan yksityislääkärin läheteellä saapuu hoitojaksolle suurempi osuus potilaista kuin muualla maassa eli 34,3 % (koko maa 16,5 %). Erikoissairaanhoidon odotusajan mediaani on matalin ilmoitetuista eli 31 vuorokautta (koko maa 46,1). Kaihileikkauksiin odotetaan keskimäärin vähemmän aikaa eli 65 vuorokautta (koko maa 75), mutta polven tai lonkan tekonivelleikkauksen saman verran kuin koko maassa keskimäärin (61 vuorokautta, koko maa 61,9).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat koko maan keskitasoa eli 1141 euroa asukasta kohden (koko maa 1193) ja kustannusindeksi on 109,8. Toimintakuluista henkilöstön osuus on 56,5 % ja ostopalvelujen maltilliset 19,5 %; vastaavat kuluerät koko maassa ovat 52,3 % ja 30,8 %. Sairaansijojen määrässä Varsinais-Suomi on maan keskitasoa (1,94 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maa 2,2). Henkilötyövuosia maakunta ilmoittaa olevan käytettävissä enemmän kuin maassa keskimäärin eli 13,56 / 1000 asukasta (koko maa 11,8) ja lääkärihenkilötyövuosia samoin (1,88 / 1000 asukasta, koko maa 1,30).

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat hyvää keskitasoa: lonkkamurtumapotilaiden leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 1,1 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 8,4 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 12,6 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden määrä ei ole tiedossa.

Kuvio 8

**Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa**



## Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

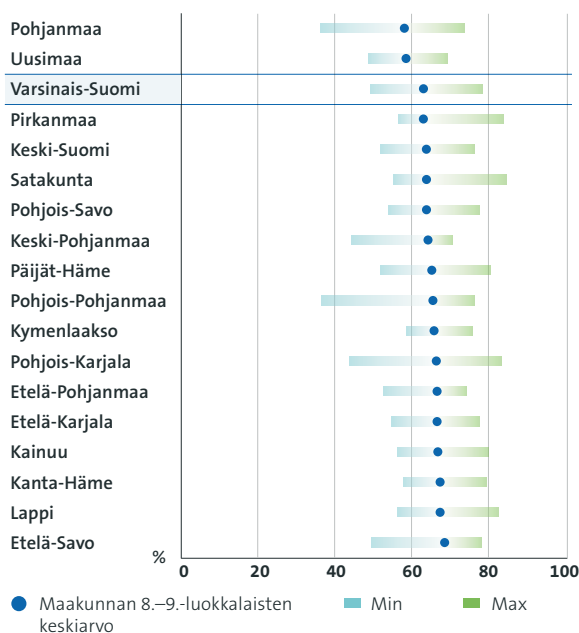
Varsinais-Suomessa lasten ja perheiden palveluiden asiakaslähtöisyydessä on kehitettävää. Valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, on huomioitu kohtalaisesti. Laajojen terveystarkastusten toteutuminen kirjataan Varsinais-Suomessa parhaiten koko maassa.

Sekä äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteuttamisessa Varsinais-Suomen tulokset vastaavat maan keskitasoa. Varsinais-Suomessa lastensuojelu painottui hiukan sijaishuoltoon. Lastensuojelun kustannukset olivat keskimääräistä korkeammat.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

**Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta**



## Perhekeskuspalvelut

Kaikki Varsinais-Suomen kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Poikkeuksena on Somero, jossa järjestetään vain yksi laaja terveystarkastus 1–6-vuotiailla. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain puolelle 4 kuukauden ja 35 prosentille 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erilaiset tulokset johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista. Varsinais-Suomen osuudet ovat heikosta tasosta huolimatta maan parhaimpia.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastasi hyvin ja lääkäreiden määrä kohtuullisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastuksen järjestämisestä Varsinais-Suomessa ei ole tietoa. Isyyden tunnistamisesta kohtalainen osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Varsinais-Suomessa maan keskitasoa, kuten myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset.

## Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Varsinais-Suomen maakunnassa 92 prosenttia terveyskeskuksista oli sisällyttänyt suunnitelmiinsa kouluterveydenhuollon lakisäätöiset kolme laajaa terveystarkastusta peruskoulun aikana. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi suunnitelmallisesti laajaan terveystarkastukseen 58 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat maan keskiarvoa. 4.–5. luokan oppilaista 49 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 60 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen laadukkaasti omasta näkökulmastaan.



Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa Varsinais-Suomella on joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia suuria puutteita, vaikka se tässä suhteessa oli paras maakunnista. Ainoastaan 34 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi kansalliseen Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).

Varsinais-Suomessa koululääkärien henkilöstömitoitus oli maakuntien keskitasoa. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 1,4-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseseen (2100 oppilasta) nähden.

8. ja 9. luokan oppilaista 41 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on enemmän kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Kaikkien Varsinais-Suomen terveyskeskusten (100 %) toimintasuunnitelmiin sisältyy lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa tehtävä lakisääteinen opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana. Lakisääteisyydestä huolimatta näin ei toimita kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

## Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 93 prosenttia oli Varsinais-Suomessa valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui keskimääräistä heikommin. Lastensuojelun avohuollossa oli asiakkaita keskimääräistä vähemmän. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (55/100) oli korkeampi kuin maakunnissa keskimäärin. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä olevien perheiden määrä oli keskitasoa. Myös kiireellisten sijoitusten ja huostassa olleiden määrä oli keskitasoa. Sekä lastensuojelun avohuollon palveluiden että perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa korkeammat, huolimatta keskitasoisista tai sitä pienemmistä asiakasmääristä.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Varsinais-Suomessa selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin. Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Varsinais-Suomessa melko tyytyväisiä.

Yksi lapsi odotti Varsinais-Suomessa lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomainen odotusaika lastenpsykiatriseen hoitoon oli yli kuukauden, joka on maan pisimpiä. Nuorisopsykiatriaseen hoidon odotusaika olivat tavanomaisesti kaksi viikkoa.

## Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Varsinais-Suomen kuntien alueella rakennetyöttömyys on 6,1 prosenttia eli kansallista keskitasoa (6,2 %). Työttömien aktivointiaste (31,6 %) on täsmälleen kansallisen keskiarvon suuruinen (31,6 %). Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (9,5 %) on matala (keskiarvo 11,6 %) ja maakunnallisista alueista kolmanneksi matalin. Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 12,3 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on hieman kansallista keskitasoa (11,9 %) korkeampi. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Varsinais-Suomen alueen kunnat maksoivat alueen asukkailla maksettua työmarkkinatukea takaisin valtiolle 37 282 299 euroa, mikä on 2160 euroa kutakin Varsinais-Suomen alueen pitkäaikaistyöttöä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Varsinais-Suomen tilanne on kansallisesti katsoen kohtuullinen. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien määrä on kuitenkin matala. Erityisesti työttömyysjaksojen pitkittyminen ja valtiolle takaisin maksettavan työmarkkinatukiosuuden korkeahko määrä viittaavat kuitenkin tarpeeseen vahvistaa aktivointitoimia.

Asunnottomia on Varsinais-Suomen alueella 0,9 promillea. Vaikka asunnottomien määrä on vähäisempi kuin koko maassa keskimäärin (1,2 %), luku on maakunnallisista alueista toiseksi korkein Uudenmaan jälkeen ja selvästi mediaania (0,3 %) korkeampi. Asunnottomuuden vähentämiseksi tarvittaneen paitsi rakenteellista sosiaalityötä myös työikäisten kehittäminen ja vahvistaminen.

Toimeentulotukea myönnettiin 94 euroa asukasta kohden eli vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvo oli 136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 1,6 prosenttia eli selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 2,2 prosenttia, mikä myös on

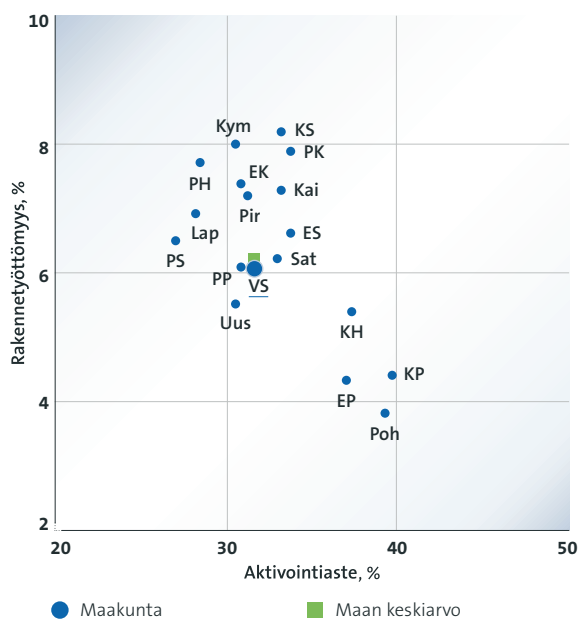
selvästi keskimääräistä vähemmän (keskiarvo 3,6 %) ja toiseksi vähiten yhdessä Pohjanmaan kanssa. Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Varsinais-Suomen alueella vuonna 2016 keskimäärin 444 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 531 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki). Täydentävän tuen määrä oli maakunnallisista alueista kolmanneksi pienin.

Pitkäaikainen toimeentulotukiasiakkuus on Varsinais-Suomen alueella suhteellisen vähäistä, mikä saattaa näkyä myös myönnetyn toimeentulotuen määrässä. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Erityisesti täydentävää tukea myönnetään kansallisesti vertaillen melko vähän.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Varsinais-Suomessa vastaava luku oli 80,5 prosenttia. Tulos on hieman keskimääräistä parempi, mutta silti joka viidennellä vastanneella on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

### Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Varsinais-Suomessa



## Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Varsinais-Suomen maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 54 (53,8) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 40 (40,1). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaalihuoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

*Henkilökohtaisessa avussa* palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Varsinais-Suomessa 414.

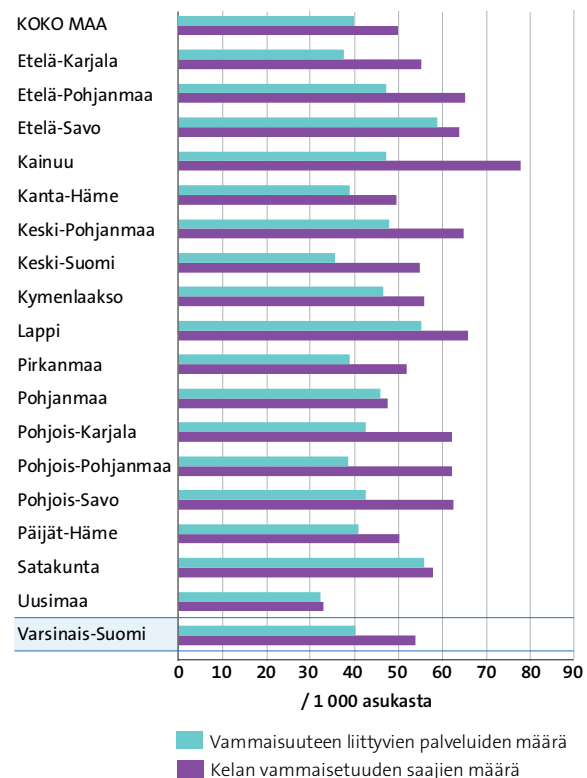
Asiakasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohdista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

*Liikkumisten palvelut* sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Varsinais-Suomessa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1770. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Varsinais-Suomessa sai 100 000 asukasta kohden 281 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Varsinais-Suomessa vastaava luku 113 euroa, kun suurin euromäärä koko maassa oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

**Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016**



## Ikäihmistien palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Varsinais-Suomessa hieman maan keskiarvoa heikompi. 75 vuotta täyttäneistä 27 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa, (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seurantaa ja ennaltaehkäisevien terveystalvetjen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Varsinais-Suomessa keskiverto. Varsinais-Suomessa rokottamattomia on 54 prosenttia, koko maassa 53.

Ikäikäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Varsinais-Suomessa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 14 prosenttia ja miehistä 9 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Asiakas saa Varsinais-Suomessa keskimäärin 12 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskiarvoa (13) vähemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Varsinais-Suomessa 31 prosenttia. Varsinais-Suomessa noin kahdella kolmesta kotihoidon asiakkaista (64 %) on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa on mahdollista keskimäärin 78 prosentilla asiakkaista. Palvelurakenne painottuu siten hieman keskivertoa enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidoon.

Muistisairaat ovat suurin ikäikäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosi. Varsinais-Suomen säännöllisistä kotihoidon asiakkaista viidenneksellä oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskiverto. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on 5 prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Varsinais-Suomessa omaishoidon kattavuus oli 4,5 prosenttia. Neljäsosa omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on maan keskiarvoa vähemmän.

Koko maassa ikäikäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Varsinais-Suomessa ikäikäiden palvelujen menoista 32 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Varsinais-Suomessa myös maan keskitasoa. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Varsinais-Suomessa 171 ja koko maassa 172 euroa. On huomioitava, että jatkossa maakunnan kotihoidon menoja tulee toden-

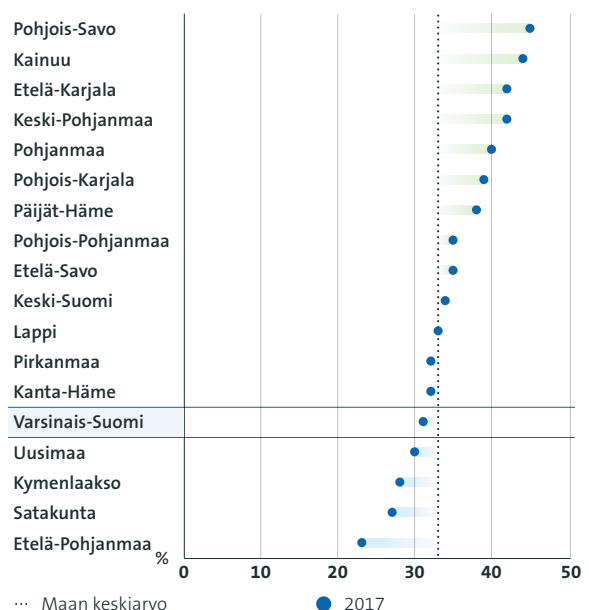
näköisesti nostamaan intensiivisen kotihoidon tarpeen kasvu.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia eikä maakuntien välillä ole eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Varsinais-Suomessa sairaanhoitajia (12 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %), ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta oli Varsinais-Suomessa hieman muuta maata pienempi (32 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Varsinais-Suomessa hieman maan keskiarvoa heikompi. Lähihoitajilla välittömän työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Varsinais-Suomessa 37 prosenttia kotihoidon toimeksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Se on maakuntien keskitasoa. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa on Varsinais-Suomessa kehitettävää. Asiakkaista 31 prosenttia saa palvelunsa toimeksiköistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”, koko maassa osuus on 44 (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Varsinais-Suomessa palautetta kerätään asiakkailta hyvin (86 %), kun koko maassa vastaava osuus on 76 prosenttia.

Kuvio 12

### Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Varsinais-Suomessa palvelurakenteiden keventäminen on käynnissä oleva prosessi. Intensiivisen kotihoidon määrää ja ympärivuorokautisen hoivan valmiutta tulisi nykytasolta lisätä, jotta raskaimpien palveluiden tarvetta voidaan myöhentää. Muistisairauksia diagnosoidaan kotihoidossa keskiverroksi. Omaishoidon tuen kattavuus on alle valtakunnallisen tavoitteen. Varsinais-Suomessa kotihoidossa toimivia sairaanhoitajia on keskimääräistä vähemmän, ja heidän tekemänsä välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on maan keskiarvoa pienempi. Sairaanhoitajien

työajan kohdentaminen asiakastyöhön on kuitenkin yksi kotihoidon kehittämiskohde, kun entistä heikkokuntoisempia hoidetaan kotona. Parannettavaa löytyy kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa, joka on maan keskitasoa heikompaa. Varsinais-Suomen kotihoidon toimenpiteistä vain 37 prosenttia tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Asiakas-palautetta kuitenkin kerätään erittäin hyvin toimenpiteissä.



# Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

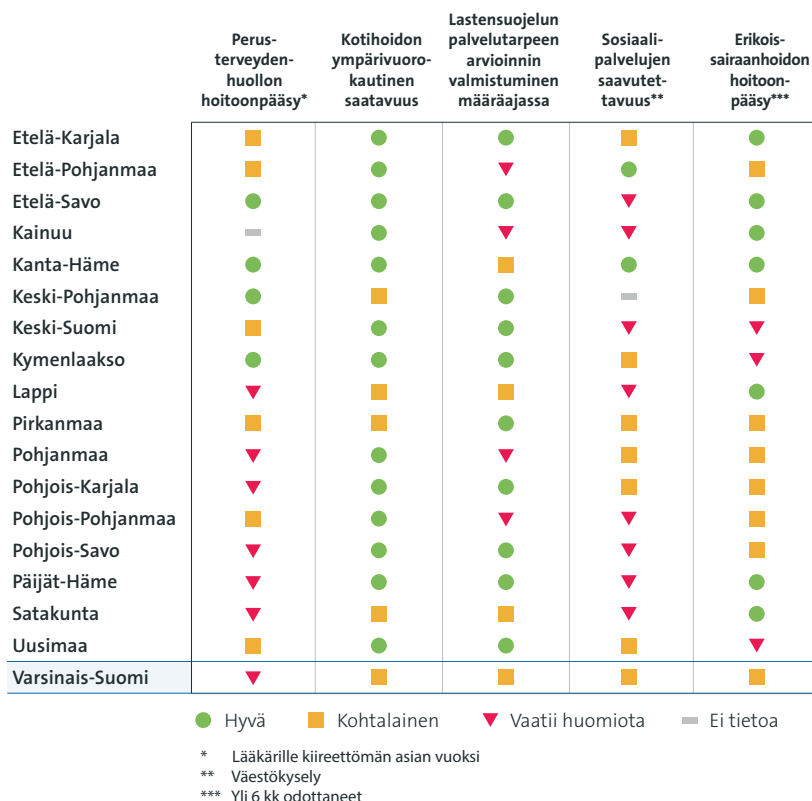
Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitoonpääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Läkärin palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyjä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

**Varsinais-Suomen** alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyyn on syytä kiinnittää huomiota, sillä viikon sisällä vain 36 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneita on jonkin verran. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla kohtalaisesti. Sosiaalipalvelujen saavutettavuus on kohtalaisella tasolla, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu kohtalaisesti, sillä noin seitsemän prosenttia arvioinneista ylittää kolmen kuukauden määräajan.

Kuvio 13

## Palveluiden saatavuus Varsinais-Suomessa



## Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibioottihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaattoria. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteiden (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valtakunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltalta ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneuteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuun-

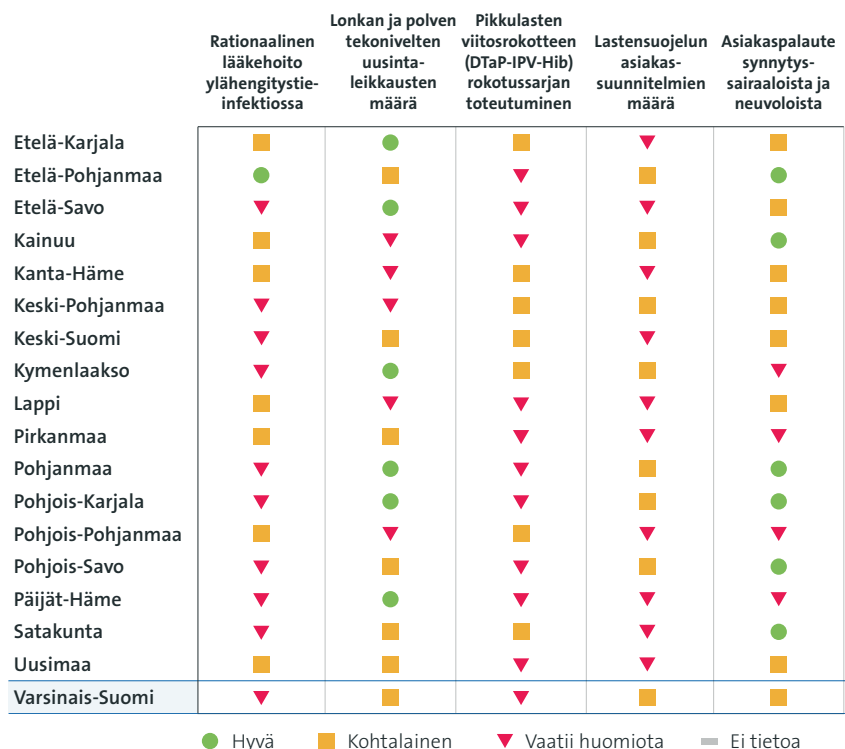
nitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

**Varsinais-Suomessa** noin joka neljännelle määritämätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli jonkin verran maan keskiarvoa pienempi, ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli selvästi maan keskiarvoa pienempi. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 88,6 prosenttia. Tulos on erittäin matala, sillä rokotussarja oli aloitettu 98,7 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain hieman yli puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14

### Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Varsinais-Suomessa



## Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

**Varsinais-Suomessa** asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Vertailutietoa tosin oli saatavilla heikosti jopa verrattuna koko maan tilanteeseen keskimäärin. Terveydenhuollon palveluprosessit toteutuivat sujuvasti kohtalaisen usein. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on Varsinais-Suomessa jonkin verran huonommalla tasolla kuin koko Suomessa. Lisäksi 61 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivullaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Varsinais-Suomen kunnassa.

Kuvio 15

### Palveluiden asiakslähtöisyys Varsinais-Suomessa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

\* Väestökysely

## Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimena on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuskäärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden

tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

**Varsinais-Suomen** kunnissa suunnitelmia yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on laadittu koko maan keskiarvoa enemmän. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Varsinais-Suomessa keskitasoa pienempi. Alle 40 prosenttia vammaispalveluita tarvinneista koki palvelut riittämättömiksi. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuskäärin palveluita, olivat keskimäärin suuret. Etenkin ikäryhmien välillä oli suuret erot, kun taas sukupuolten ja koulutusryhmien väliset erot olivat keskitasoa. Varsinais-Suomessa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisäävät koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten sekä muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien suuri osuus. Toisaalta väestön sairastavuus ja rakennetyöttömyys ovat vähäisiä.

Kuvio 16

### Palveluiden yhdenvertaisuus Varsinais-Suomessa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutus- ryhmien välillä terveyskeskus- lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

\* Väestökysely

## Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. [www.ammattibarometri.fi](http://www.ammattibarometri.fi)

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveysten ja hyvinvoinnin laitost.

Lääkäriliitto. Terveysteskestusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysija 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveysten ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, [www.temtyollisyyskatsaus.fi](http://www.temtyollisyyskatsaus.fi)

THL: Terveysten ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveysten ja hyvinvoinnin laitost.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantaloust
- Terveyst
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuranta-indikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitost.

## Alueelliset lähteet

Varsinais-Suomen sote- ja maakuntauudistust.

<https://kimpassa-allihopa.fi>

Sote- ja Maakuntauudistuksen valmistelu Varsinais-Suomessa. Päivitetty 8.11.2017.

Maakuntauudistust Varsinais-Suomessa. Nykytilan kuvaus. Joulukuu 2016.

Virtanen Laura. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveytpalveluiden palveluverkko. 27.9.2017

Hiltunen Riina. Markkina-analyysi Varsinais-Suomen yksityisistä sosiaali- ja terveytpalvelualoista. Turun Kauppakorkeakoulu. (ladattu 8.1.2017)

Varsinais-Suomen maakuntaliitto [www.varsinais-suomi.fi](http://www.varsinais-suomi.fi)

- Maakunnan tila. Katsaus Varsinais-Suomen kehitykseen syksyllä 2017.

Lounais-Suomen aluetietopalvelu <http://www.lounaistieto.fi>

- Väestö
- Työllisyyst
- Työttömyyst

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri – TYKS <http://www.vssh.fi>

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämist-suunnitelma. Päivitys vuosille 2017–2018. (28.10.2016)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitost  
PL 30 (Mannerheimintie 166)  
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-064-8 (verkkojulkaisu)  
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-064-8>

[www.thl.fi/julkaisut](http://www.thl.fi/julkaisut)